

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИБС В СОЧЕТАНИИ С ПОРАЖЕНИЕМ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Нурбоев Нурбой Холутраевич

*студент, Термезский филиал Ташкентской медицинской академии,
Узбекистан, г. Термез*

Оразмамедов Муроджон Шухрат угли

*студент, Термезский филиал Ташкентской медицинской академии,
Узбекистан, г. Термез*

Суханов Александр Александрович

*студент, Термезский филиал Ташкентской медицинской академии,
Узбекистан, г. Термез*

Нурбоева Зумрад Холтура кизи

*студент, Термезский филиал Ташкентской медицинской академии,
Узбекистан, г. Термез*

Аннотация:

В этой статье рассказывается о ишемической болезни сердца и о том какие изменения наблюдаются у людей. Диагностика, Техника операции. Ишемическая болезнь сердца (ИБС) - заболевание, приводящее к сужению коронарных артерий вследствие развития атеросклероза: локальной аккумуляции в интима сосуда липидов, триглицеридов, крови и ее продуктов с последующим разрастанием фиброзной ткани, гиалинозом, кальцинозом и постепенным распространением процесса на медию артерии.

Ключевые слова: Ишемическая болезнь сердца (ИБС), Искусственное кровообращение(ИК), Сосуды, Сонная артерии, Инфаркт миокарда (ИМ), Ангиография.

Необратимое повреждение мозга - наиболее тяжелое осложнение реваскуляризации миокарда, прежде всего из-за разрушительных последствий для больного, но также вследствие значительного увеличения стоимости лечения. Gardner и Tuman с соавт. сообщили, что риск неврологических осложнений прямо пропорционален возрасту пациентов. Для больных моложе 45 лет этот риск составляет 0,2 %, увеличивается до 3,0 % для пациентов в возрасте от 60 до 70 лет и достигает 8,9 % для больных старше 75 лет. Такого же мнения придерживаются и другие авторы. Летальность при возникновении этих осложнений увеличивается до 23% средняя длительность лечения - до 25 дней.

Причинам неврологических осложнений кроме возраста больного, являются эмболия атеросклеротическими или тромботическими массами из сердца или крупных сосудов, реже-воздушная эмболия. Канюляция аорты для ИК, кардиоплегии и использование бокового зажима для наложения проксимального анастомоза увеличивают риск эмболии атеросклеротическими массами из аорты.

Кроме того, имеется четкое обоснование того, что морфология атеросклеротической бляшки при стенозах сонных артерий оказывает существенное влияние на частоту поражений мозга. Неврологические повреждения могут быть обусловлены неадекватные кровотоком при ИК. Перфузионное давление < 60 мм рт. ст. является опасным даже для пациентов без атеросклеротического поражения сонных артерий и многократно (в 3,9 раза) увеличивается при наличии стенозов. Больше половины инсультов развиваются в послеоперационном периоде. Эти отсроченные осложнения у пациентов с остаточными стенозами сонных артерий могут быть связаны с повышением коагуляционных свойств крови, которые возникают в первые дни после ИК. Таким образом, важность определения патологии сонных артерий как истинного потенциального фактора риска для развития периоперационных осложнений становится очевидной.

Экстракраниальная цереброваскулярная патология выявляется у 8,3-8,7 % пациентов, подвергающихся реваскуляризации миокарда (от 3,8 % пациентов моложе 60 до 11,3% больных старше 60 лет). Дополнительными факторами риска развития поражения сонных артерий являются диабет, женский пол и курение. 25-27% больных с поражением сонных артерий имеют клинически значимую ИБС. Инфаркт миокарда после эндартерэктомии из сонных артерий отмечен у 1,5-5% больных.

Диагностика

Аускультация сосудов шеи может быть полезной для того, чтобы заподозрить наличие стенозов сонных артерий, но не для оценки степени стеноза. Пальпация вообще не обеспечивает никакой полезной информации и теоретически может спровоцировать тромбоз или эмболию.

Учитывая то, что прямая каротидная ангиография является слишком дорогой и агрессивной, чтобы служить начальным тестом для всех пациентов с подозрением на патологию сонных артерий, неинвазивные методы исследования стали процедурой выбора для этих больных.

Таким методом повсеместно стало дуплексное ультразвуковое исследование и цветное доплеровское сканирование сонных артерий. Более высокая скорость потока при дуплексном исследовании означает более выраженный стеноз, что обеспечивает информацию об остаточном диаметре сосуда и морфологии атеросклеротической бляшки. Точность исследования

зависит от навыка врача. Цветное доплеровское изображение позволяет определить объемную скорость кровотока. Другим косвенным неинвазивным методом исследования является транскраниальная доплерография, которая оценивает внутричерепной артериальный поток и полезна в определении сосудистой патологии в бассейне средней мозговой артерии. Показанием к проведению исследования являются: наличие транзиторных ишемических атак в анамнезе; пожилой возраст; сопутствующая периферическая сосудистая патология; аускультативно выявленный шум на шее.

Прямая ангиография сонных артерий дает хорошую детализацию изображения, но в связи с травматичностью, возможностью развития осложнений и отсутствием серьезных преимуществ перед неинвазивными методами исследования применяется реже. Преимущество ЯМР-томографии по сравнению с ангиографией состоит в том, что она является неинвазивным исследованием, лишенным характерных для ангиографии осложнений. К сожалению, она не может отличить субокклюзирующие поражения от полной окклюзии сосуда.

Критерием значимости поражения сонной артерии, являющимся показанием к эндартерэктомии, является уменьшение ее просвета < 15 мм или стеноз > 70 %.

Эндартерэктомия из сонных артерий у симптоматичных пациентов обеспечивает значительное снижение неврологических осложнений. Совокупный риск инсульта в группе больных после эндартерэктомии составляет 7-9% против 20-26% при медикаментозном лечении, а у пациентов с бессимптомным поражением сонных артерий этот риск соответственно 5 и 11%. Вместе с тем летальность в отдаленном послеоперационном периоде в 27-37% была связана с развитием ИМ. Таким образом, сочетание поражения сонных артерий и ИБС ставит перед хирургом задачу устранения существующей патологии в течение одного оперативного вмешательства для снижения риска неблагоприятных исходов у такой категории пациентов.

Техника операции

Существует несколько подходов в реализации идеи сочетанной операции на сонных и коронарных артериях. В большинстве клиник, в том числе и в нашей, эндартерэктомия выполняется первым этапом до реваскуляризации миокарда. Стандартным доступом обнажается общая сонная, ее бифуркация и внутренняя сонная артерии. Защита мозга достигается управляемой гипертензией до достижения давления в оперируемой сонной артерии дистальнее места ее пережатия > 60 мм рт. ст., что обеспечивает достаточное кровоснабжение головного мозга через систему коллатералей и Веллизиев круг. В случаях повышенного риска развития ишемических осложнений при повышении

системного давления используется внутрисосудистый шунт. Выполняется стандартная эндартерэктомия из продольной артериотомии с тщательной профилактикой материальной и воздушной эмболии и последующим ушиванием артериотомного разреза. Рана не закрывается до выполнения второго этапа операции и нейтрализации гепарина. Реваскуляризация миокарда осуществляется с использованием ИК или на работающем сердце

Список литературы:

1. Бокерия Л. А., Голухова Е. З., Мерзляков В. Ю., Пирцхалаишвили З. К., Сигаев И. Ю., Беришвили И. И., Пахомов Я. М., Брескина Н. А. Оценка мозгового кровотока при реваскуляризации миокарда у больных ишемической болезнью сердца с поражением сонных артерий // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 2005. № 3. С. - 20-25.
2. Шахнович А. Р., Шахнович В. А. Диагностика нарушений мозгового кровообращения. М., 1996.- 446 с.
3. Янушко В. А. Атеросклероз сосудов мозга. В кн.: Руководство по кардиологии, под ред. Н. А. Манака. – Минск., 2003. – с. 589-593